

“ARS MEDICA”
Centro Medico Polispecialistico

VIA M. ANGELONI, 80/A - PERUGIA – 06124 TEL/FAX: 075 5000388 – CELL: 334 2424824

E-Mail: arsmedicapg@gmail.com – Sito Web: www.arsmedicapg.it

Centro Umbro di Endoscopia Digestiva

Centro di Alta Specializzazione di Videoendoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa

INFORMAZIONI SULLA VIDEOCOLONSCOPIA E SULLA POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA

VIDEOCOLONSCOPIA

CHE COSA È E COME SI SVOLGE

La colonscopia è un esame diagnostico che consente al medico di vedere all'interno dell'intestino crasso, cioè il colon. Con un tubo flessibile (“colonscopio”) fornito di una telecamera sulla punta ed una luce propria, si risale attraverso l'ano e si esplorano le pareti del colon.

L'esame dura in genere 30-45 minuti, e può provocare dolore, talvolta anche discreto, dovuto soprattutto all'immissione di aria nel viscere ed alla progressione dello strumento attraverso le normali curvature del colon (fig.1).

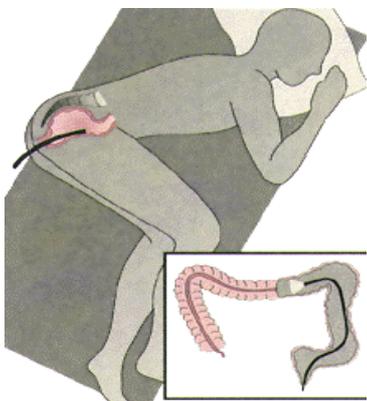


Fig. 1

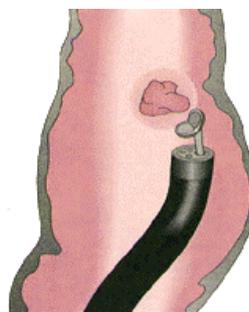


Fig. 2

L'esame può essere più doloroso nel caso in cui il paziente abbia un intestino molto lungo, o in presenza di aderenze insorte dopo interventi chirurgici sull'addome. Per questa ragione, prima e durante l'esame, potranno essere somministrati farmaci sedativi e antidolorifici (sedo-analgesia), e saranno utilizzate tecniche e manovre endoscopiche particolari, per aiutare a sopportare meglio la procedura e far sì che l'esame possa essere ottimamente tollerato, indolore o con minimo fastidio. L'effetto dei sedativi somministrati durante l'esame, seppure blando, controindicherà la guida di autoveicoli e l'uso di macchinari il giorno stesso dell'esame. Il paziente deve comunque calcolare di impiegare almeno 2 ore tra eventuale attesa, allestimento della sala endoscopica, colonscopia e riposo dopo la procedura. I tempi da preventivare aumentano in caso di procedura operativa (rimozione di polipi o altro) per la quale può essere richiesto di rimanere in osservazione più a lungo.

Quando prenotate l'esame, è opportuno segnalare alcune informazioni sulla Vostra salute e quali farmaci assumete (per es. anti-aggreganti-aspirina, etc.- anticoagulanti, anti-ipertensivi, sedativi, antidepressivi, etc.).

PERCHÈ VIENE FATTA

Grazie all'immagine fornita dal colonscopio, il medico ha una visione nitida e precisa del vostro intestino e può individuare o escludere la presenza di malattie. È utile per stabilire le cause di sintomi generalmente legati a malattie del colon.

La colonscopia viene, pertanto, consigliata in presenza di sintomi quali dolore addominale, sanguinamento rettale, stitichezza o diarrea che siano insorti recentemente o che si siano accentuati. Essa è inoltre utile per accertare la causa della presenza di sangue occulto nelle feci e di alcune anemie.

Talvolta il medico può ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di colon (biopsie), che vengono successivamente inviati al laboratorio per l'analisi istologica. Il prelievo di tali frammenti è del tutto indolore e abbastanza sicuro e si effettua mediante l'uso di pinze che vengono introdotte attraverso la sonda stessa (fig.2).

In alternativa alla colonscopia, le malattie del colon possono essere indagate, ma con minore precisione, attraverso un esame radiografico: l'RX Clisma Opaco. Altre tecniche per indagare le malattie del colon sono la colonscopia virtuale con TC e la videocapsula del colon. Valutando i pro e i contro, la **colonscopia classica standard "ottica"**, eseguita da un colonscopista esperto, è **superiore** rispetto alle due tecniche precedenti, che sono solamente diagnostiche.

CONSIGLI PER LA PREPARAZIONE ALL'ESAME

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poichè l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. Per questo motivo, in base alle preferenze personali del paziente, abitudini dell'alvo intestinale e situazioni cliniche, il Prof. Antonio Morelli o l'ARS Medica forniranno spiegazioni adeguate sia riguardo al tipo di dieta che dovete seguire prima dell'esame, sia quale sostanza lassativa dovete utilizzare e come deve essere assunta ("pulizia intestinale personalizzata"). È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino; qualora la preparazione non consenta di effettuare la colonscopia in condizioni di sicurezza sarà necessario posticipare l'esame.

QUALI SONO LE COMPLICANZE

La colonscopia è oggi una procedura discretamente sicura e accurata. Essa può tuttavia essere gravata da alcune complicanze, che possono richiedere un intervento chirurgico d'urgenza. Le casistiche hanno riportato le seguenti complicanze: perforazione (1 persona su 1000), sanguinamento (3/1000), morte (1-3/1000).

Sono state inoltre osservate alcune complicanze non direttamente correlate all'endoscopia, tra cui quelle cardiorespiratorie (fino a 4 casi su 1000) e quelle legate alla sedo-analgesia (alterazioni respiratorie e del ritmo cardiaco, alterazioni pressorie) (1 caso su 100). Esistono anche complicanze legate alla preparazione purgativa (soprattutto in pazienti anziani, cardiopatici e neuropatici) quali squilibri elettrolitici e alterazioni del volume circolante; sono descritti anche casi di vomito con ulcerazione della mucosa esofagea (sindrome di Mallory-Weiss), perforazione esofagea e aspirazione polmonare. Esistono inoltre altre complicanze molto più rare, ad esempio la rottura della milza, l'appendicite acuta, la lacerazione dei vasi mesenterici.

Oltre alle complicanze sopra riportate, sono state segnalate in letteratura altre complicanze che per la loro rarità e singolarità risultano totalmente imprevedibili. Per ciò che riguarda l'accuratezza diagnostica, la colonscopia, pur essendo tra le tecniche di esplorazione delle pareti del colon una delle più accurate, può tuttavia essere gravata da alcuni falsi negativi. Le casistiche hanno riportato che circa il 12-32% di tutti i polipi del colon (la maggior parte di piccolo diametro) e circa il 1-4% degli adenomi \geq 1cm possono non essere visualizzati durante la colonscopia e che entro 3-5 anni da una precedente colonscopia negativa, possono essere diagnosticati su 2-6 persone su 100 un polipo avanzato o un carcinoma del colon.

“ARS MEDICA”
Centro Medico Polispecialistico

VIA M. ANGELONI, 80/A - PERUGIA – 06124 TEL/FAX: 075 5000388 – CELL: 334 2424824

E-Mail: arsmedicapg@gmail.com – Sito Web: www.arsmedicapg.it

Centro Umbro di Endoscopia Digestiva

***Centro di Alta Specializzazione di Videoendoscopia Digestiva
Diagnostica ed Operativa***

POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA

La colonscopia, oltre che diagnostica, può essere anche terapeutica o curativa, consentendo l'asportazione di alcune lesioni come i polipi intestinali, che in passato richiedevano un intervento chirurgico.

I polipi sono rilevatezze dovute a crescita anomala della mucosa intestinale molto frequenti dopo i 50 anni. Alcuni polipi (adenomi) se non asportati, possono degenerare (lentamente) e possono diventare tumori maligni. Oggi è possibile eliminarli per via endoscopica. La procedura terapeutica alternativa, nel caso di polipi non asportabili endoscopicamente, è l'intervento chirurgico.

Nel caso in cui, durante la colonscopia, vengano riscontrati polipi di dimensioni e/o caratteristiche tali da poter essere asportati con ragionevole sicurezza, se non vengono assunti dal paziente farmaci anticoagulanti o antiaggreganti e se il paziente ha effettuato esami emocoagulativi preliminari, è possibile asportare detti polipi immediatamente, senza la necessità di effettuare nuovamente l'indagine endoscopica.

Qualora invece durante la colonscopia vengano riscontrati uno o più polipi di dimensioni e/o caratteristiche tali da non poter essere subito asportati in condizioni di ragionevole sicurezza, il paziente sarà invitato a ripetere l'indagine per asportare i polipi in una seduta successiva che sarà nostra cura prenotare.

Dopo la eventuale asportazione del polipo il paziente verrà tenuto in osservazione clinica per un tempo variabile in base alla procedura svolta; il paziente potrà lasciare l'ambulatorio quando il Prof. Morelli lo riterrà indicato.

In caso di polipectomia il paziente non dovrà rialimentarsi per le 24 ore successive all'intervento, ma potrà bere a volontà tutte le bevande concesse durante la preparazione. Nel caso in cui insorgessero nuovi ed allarmanti sintomi quali dolore addominale, vomito, febbre, incapacità di espellere aria, sanguinamento rettale od altro, il paziente dovrà prolungare il digiuno e rivolgersi subito al gastroenterologo-endoscopista che ha effettuato l'esame o alla nostra struttura o al Pronto Soccorso.

COME SI SVOLGE

I polipi possono essere asportati recidendo alla base il peduncolo con un particolare elettrobisturi a forma di cappio (fig.3).

Fig. 3



Nel caso di polipi a larga base o di grosse dimensioni, può essere necessario staccarli pezzo per pezzo, e quindi può occorrere anche più di una colonscopia per asportarli completamente; tali polipi presentano un rischio di complicanze maggiore rispetto agli altri.

L'ESAME ISTOLOGICO

L'intero polipo, o frammenti di esso, verranno successivamente inviati al laboratorio per l'analisi istologica, in modo da verificare se saranno o meno necessari ulteriori controlli e/o interventi.

La polipectomia endoscopica è infatti una terapia definitiva in quasi tutti i casi, ma se esistono cellule tumorali alla base del polipo o nel peduncolo è necessario effettuare un intervento chirurgico per asportare il tratto del colon dove aveva sede il polipo. Nella sede dell'asportazione può talvolta essere praticata una iniezione di carbone attivo, o di inchiostro di china sterili diluiti con soluzione fisiologica (tatuaggio) per agevolare successivi controlli endoscopici e/o interventi chirurgici.

QUALI SONO LE COMPLICANZE

La polipectomia è oggi una procedura discretamente sicura. Tuttavia alcune complicanze anche se poco frequenti ed imprevedibili, possono essere gravi e/o richiedere un intervento chirurgico d'urgenza.

Oltre alle complicanze suddette legate alla colonscopia diagnostica, sono da considerarsi alcune eventualità aggiuntive specificamente legate alla polipectomia. Le complicanze più frequenti sono: A) l'emorragia che si verifica fino a 6 casi su 100 e che in genere si arresta spontaneamente e solo in alcuni casi può richiedere una emotrasfusione oppure un intervento chirurgico, B) la perforazione che si verifica fino a 2 casi su 100 e C) la peritonite che in media si verifica in 1 caso su 100. Un'altra complicanza è la cosiddetta sindrome "post-polipectomia" che può insorgere nello 0.2-1% dei pazienti da 1 a 5 giorni dopo la polipectomia. Complicanze meno frequenti sono: ascessualizzazione dovuta al tatuaggio con carbone attivo praticato nella sede del polipo, esplosione del colon, intrappolamento dell'ansa da polipectomia ed incarcerazione con ansa di intestino normale.

Oltre alle complicanze sopra riportate sono state segnalate in letteratura altre che per la loro rarità e singolarità risultano totalmente imprevedibili. Inoltre le casistiche hanno riportato che il 15-40% dei polipi sessili larghi trattati endoscopicamente con tecnica "piece-meal" possono presentare una recidiva locale.

Nelle 24 ore seguenti alla polipectomia è opportuno il digiuno; nelle 48 ore seguenti è invece consigliabile una dieta leggera. I pazienti in terapia domiciliare con anticoagulanti orali e/o antiaggreganti possono ripristinare la terapia dopo 10 giorni dalla polipectomia.

Referenze della colonscopia, delle complicanze della colonscopia e della polipectomia

Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force.

Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R

Ann Intern Med. 2008;149(9):638.

Association of polypectomy techniques, endoscopist volume, and facility type with colonoscopy complications.

Chukmaitov A, Bradley CJ, Dahman B, Siangphoe U, Warren JL, Klabunde CN

Gastrointest Endosc. 2013;77(3):436.

Complications of colonoscopy.

ASGE Standards of Practice Committee, Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, Evans JA, Fanelli RD, Fukami N, Hwang JH, Jain R, Jue TL, Khan KM, Malpas PM, Sharaf RN, Shergill AK, Dornitz JA

Gastrointest Endosc. 2011 Oct;74(4):745-52.

Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer.

Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, Zwierko M, Rupinski M, Nowacki MP, Butruk E

N Engl J Med. 2010;362(19):1795.

Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death.

Corley DA, Jensen CD, Marks AR, Zhao WK, Lee JK, Doubeni CA, Zauber AG, de Boer J, Fireman BH, Schottinger JE, Quinn VP, Ghai NR, Levin TR, Quesenberry CP

N Engl J Med. 2014 Apr;370(14):1298-306.

Relative sensitivity of colonoscopy and barium enema for detection of colorectal cancer in clinical practice.

Rex DK, Rahmani EY, Haseman JH, Lemmel GT, Kaster S, Buckley JS

Gastroenterology. 1997 Jan;112(1):17-23.

Rates of new or missed colorectal cancers after colonoscopy and their risk factors: a population-based analysis.

Bressler B, Paszat LF, Chen Z, Rothwell DM, Vinden C, Rabeneck L

Gastroenterology. 2007 Jan;132(1):96-102.

Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Interval Colorectal Cancers: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Singh S, Singh PP, Murad MH, Singh H, Samadder NJ

Am J Gastroenterol. 2014 Sep;109(9):1375-1389. Epub 2014 Jun 24.

Overview of colonoscopy in adults

Linda Lee, MD

John R Saltzman, MD, FACP, FACG, FASGE, AGAF

UpToDate Jul 08, 2014

Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer

Dennis J Ahnen, MD

Finlay A Macrae, MD

Johanna Bendell, MD

UpToDate Sept 30, 2014

Colonoscopy Techniques

Brian P. Saunders

Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America October 2005, Volume 15, Number 4

Minimizing Endoscopic Complications

Gregory G. Ginsberg

Charles J. Lightdale

Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America January 2007, Volume 17, Number 1

Colon Cancer Screening, Surveillance, Prevention and Therapy

Mitchell S. Cappell

Gastroenterology Clinics of North America March 2008, Volume 37, Number 1

Endoscopic Sedation: Preparing for the Future

Lawrence B. Cohen

James Aisemberg

Charles J. Lightdale

Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America October 2008, Volume 18, Number 4

Colonoscopy Quality

John I. Allen

Gastroenterology Clinics of North America October 2010, Volume 20, Number 4

Colonoscopy and Polypectomy. Clinics Review Articles.

Charles J, Kahi

Gastroenterology Clinics of North America September 2013